

НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ – ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ

*Соболев С.М., Козловский В.И., Самсонов Н.М., Довгялло Г.В.,
Макеева Е.В., Быкова Н.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет».*

ГУЗ ВГЦКБ «2-я городская больница»

Введение. Нестабильная стенокардия (НС) обычно диагностируется как стенокардия в ускоренном виде. По мнению многих авторов, НС представляет собой переходный этап от хронической формы ИБС к острой. Распознавание НС перед возникновением некроза миокарда (ИМ) позволяет осуществить терапевтическое воздействие, которое может существенно видоизменить естественное течение ИБС. Термин НС предложил Fowler [3,4,5].

Принято считать, что НС - период обострения ишемической болезни сердца (ИБС), угрожающий развитием инфаркта миокарда (ИМ) или внезапной смертью - занимает промежуточное положение между основными клинико-морфологическими формами ИБС - стабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда [1,5]. В понятие нестабильной стенокардии обычно включаются до 7 различных заболеваний [2]. В 1989 году Е. Braunwald предложил свою классификацию НС [1,3]. Согласно этой

классификации, выделяются классы НС, позволяющие разделить больных НС на отдельные подгруппы в зависимости от риска развития острого ИМ.

Класс I. Недавнее начало тяжелой или прогрессирующей стенокардии. Больным с недавним началом (менее 2 мес.) стенокардии напряжения, у которых ангинозные приступы тяжелые или частые (>3 в сутки) или больные со стабильной стенокардией, у которых возникла прогрессирующая стенокардия (т.е. приступы стали чаще, продолжительнее или в ответ на меньшую нагрузку), но у которых в течение предшествующих 2 месяцев не было приступов в покое. **Класс II.** Стенокардия покоя, подострая. Больные с одним или несколькими ангинозными приступами в покое в течение предшествующего месяца, но не в течение последних 48 часов. **Класс III.** Стенокардия покоя, острая. Больные с одним или несколькими ангинозными приступами в покое на протяжении последних 48 часов. Диагноз НС не используется, когда больной становится бессимптомным или стенокардия остается стабильной на протяжении 2 месяцев или более.

Класс А - вторичная нестабильная стенокардия, возникшая вследствие определенной некоронарной причины, которая привела к усилению ишемии миокарда. Это - обстоятельства, которые уменьшают доставку кислорода к миокарду или увеличивают потребность миокарда в нем (анемия, лихорадка, инфекция, гипотония, неконтролируемая гипертензия, тахикардия, необычный эмоциональный стресс, тиреотоксикоз или гипоксемия, связанная с дыхательной недостаточностью). **Класс В** - первичная НС - больные, у которых НС развилась при отсутствии некоронарных обстоятельств. **Класс С** - постинфарктная НС - больные, у которых НС возникла в первые 2 недели после острого ИМ.

Цель исследования. Выяснить реальную ситуацию с теми пациентами, которым выставляется один из диагнозов, относящихся к понятию нестабильной стенокардии, как они обследуются и лечатся. Что с ними происходит в обычном городском кардиологическом стационаре и чем все заканчивается.

Материалы и методы. Изучены истории болезней пациентов, поступивших в кардиологическое отделение стационара «2-я городская больница» ГУЗ ВПЦКБ в период с 1.01.08г. по 31.03.08г., всего 126 пациентов. Статистическая обработка данных произведена с помощью электронных таблиц Microsoft Excel XP, пакета программ «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $65,3 \pm 11,8$ года, женщины - (50%), мужчины - 63 (50%). Пациенты были направлены из территориальных поликлиник - 63 (50%), СМП - 63 (50%).

Основной диагноз направившего учреждения: прогрессирующая стенокардия - 96 случаев (76,2%), впервые возникшая стенокардия - 18 (14,3%), острый коронарный синдром - 12 (9,5%), в 3-х случаях (2,4%) ИМ диагностирован в приемном покое. Сопутствующие заболевания при направлении имели место в 110 (89,7%) случаях, из них АГ - в 105 (83,3%), СД - в 3 (2,4%), язвенная болезнь - в 2 (1,6%).

При выписке заключительные клинические диагнозы распределились следующим образом. Основной: прогрессирующая стенокардия - 84 случая (66,7%), впервые возникшая стенокардия - 12 (9,5%), Q-ИМ (крупноочаговый инфаркт миокарда) - 12 (9,5%), артериальная гипертензия - 9 (7,1%), нарушения ритма - 6 (4,8%), перенесенный ИМ - 3 (2,4%). Сопутствующие заболевания при выписке диагностированы у 116 (96,8%) пациентов, АГ - у 105 (83,3%), язвенная болезнь - у 2 (1,6%), метаболический синдром - у 9 (7,1%). Анамнез настоящего заболевания составлял от нескольких часов до месяца, в среднем 3,5 дня.

Жалобы при поступлении – стенокардитическая боль у 108 (85,7%) пациентов, атипичная боль (неприятные ощущения) – у 15 (11,9%), преобладающая слабость – у 3 (2,4%). АД при поступлении в среднем составило – 147,5/86,2 мм рт.ст. ЭКГ при поступлении: изменения ST-T – 51 (40,5%) случай, при выписке сохранялись у 18 (14,3%). Нарушения ритма зарегистрированы на ЭКГ в процессе наблюдения у 15 (11,9%) пациентов. Лейкоцитоз в общем анализе крови встретился у 21 (16,7%) больного, ускорение СОЭ – у 15 (11,9%). Протеинурия отмечена у 21 (16,7%) больного. Гиперхолестеролемия была выявлена у 65 (51,7%) больных, диагностически значимое повышение уровня МВ-КФК – у 9 (7,1%), положительный качественный тест на тропонин I – также у 9 (7,1%). При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки склерозирование дуги аорты выявлено у 18 (14,3%) больных. УЗИ сердца произведено у 37 (31%) пациентов, признаки гипертрофии и диастолической дисфункции миокарда ЛЖ диагностированы у 12 (9,5%).

Таким образом, были использованы следующие диагностические критерии НС: клинические – 85,7%, электрокардиографические – 40,5%, лабораторные – 7,1%, эхокардиографические – 9,5%. Лечебная тактика состояла в применении следующих препаратов (групп). Аспирин – 90,5%, нитраты (включая внутривенные) – 85,7%, бета-блокаторы – 88,1%, низкомолекулярные гепарины – 88,1%, ингибиторы АПФ – 85,7%, антагонисты Ca^{2+} – 33,4%, статины – 14,3%, диуретики (гипотиазид) – 35,8%, метаболическая терапия (милдронат) – 11,9%. Исходы. Выписаны все пациенты с улучшением, больные ИМ (9,5%) переведены в ВОКД для дальнейшей реабилитации.

Выводы. Подавляющее большинство наших пациентов по классификации E. Braunwald были бы отнесены к нестабильной стенокардии IB, и единицы – к классам II (14,3%) и III (9,5%). В настоящее время она, на наш взгляд, недостаточно распространена и мало используется в практической деятельности. Между тем, в лечении больных с НС класса А важное место занимают мероприятия, направленные на устранение некоронарной причины, вызвавшей ишемию миокарда. Напротив, у больных с НС класса B и C в первую очередь требуется интенсивная антиангинальная терапия. Часть больных с НС класса I могут лечиться амбулаторно, больные с классом II и III нуждаются в госпитализации в блок интенсивной терапии. Присутствие в диагнозе наших пациентов НС указание на ФК по E. Braunwald способствовало бы более раннему ориентированию врача на возможный риск, необходимый темп и объем терапевтической помощи.

Литература:

1. Внутренние болезни. Книга 5. Под ред. Е. Браунвальда / М. Медицина. – 1995. – С. 284-285.
2. Чернов, С.А. Нестабильная стенокардия (клиника, диагностика, лечение) / С.А. Чернов, А.П. Чернов – Российский кардиологический журнал. – 1998. – №4. – С. 9-13.
3. Hamm, C.W. A classification of unstable angina revisited / C.W. Hamm, E. Braunwald. – Circulation. – 2000. – 102 (1). – P. 118-122.
4. Braunwald, E. ACC/AHA guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina) / E. Braunwald [et al.] – 2002. – Available at: <http://www.acc.org/clinical/guidelines/unstable/unstable.pdf>.
5. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Unstable Angina). / JACC. – 2001 (36). – P. 970-1062.